



**POR UMA OUTRA CLÍNICA: O CUIDADO NÃO  
OPRESSIVO COMO DESAFIO DE UMA ÉTICA EM  
MOVIMENTO.**

Miguel Vieira Batista

Brasília,  
Julho / 2010.

MIGUEL VIEIRA BATISTA

**POR UMA OUTRA CLÍNICA: O CUIDADO NÃO  
OPRESSIVO COMO DESAFIO DE UMA ÉTICA EM  
MOVIMENTO.**

Monografia apresentada ao  
UniCEUB – Centro  
Universitário de Brasília como  
requisito básico para obtenção  
do título de psicólogo da  
Faculdade de Ciências da  
Educação e Saúde, sob  
orientação do professor Dr.  
José Bizerril Neto

Brasília,  
Julho / 2010.



Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

---

Prof. Dr. José Bizerril Neto

---

Profª. Dra. Tatiana Lionço

---

Profª. Dra. Valéria Mori

A Menção Final obtida foi:

---

Brasília, Julho / 2010.



*Dedico este trabalho a todas as  
pessoas que, no cotidiano do  
cuidado, tive a honra de conhecer e  
acompanhar.*

## AGRADECIMENTOS

À semelhança com a saúde mental – em que compreender o que dizem as vozes é parte fundamental do trabalho – os agradecimentos desta monografia serão feitos na tentativa por ouvir as vozes que a compõem. E quais seriam estas?

Ouçó soar claramente os sons daqueles que pela presença contribuíram para que eu seja quem sou, como psicólogo e como ser humano: meus pais: Anésio e Líbia, aos quais sou grato pela minha vida, pelo apoio incondicional e inúmeras oportunidades; minhas irmãs: Alice, Flávia e Luana, pela presença indispensável, sempre. Meus Eternos companheiros de vida: André, Carol, Cristina C., Cristina N., Gustavo, Pedro e Tati, por manterem acesa a lembrança de que mundos melhores são possíveis quando estamos de coração aberto, e com quem divido mais esta etapa da minha vida. Meus amigos queridos de curso e companheiros de profissão: Hugo, João A., João O., Juliana, Luana, Maralise, Marianna e Pedro, pela força, apoio (até altas horas da madrugada) e momentos de muita diversão. Desta jornada, um agradecimento especial ao meu amigo Rodrigo, com quem enfrentei mais de perto os desafios e delícias da saúde mental, e a quem admiro muito.

Há ainda muitos de quem eu carinhosamente me lembro, e a quem destaco com muita gratidão: Cynthia Ciarallo, Fernando Rey, José Bizerril, Magda Verçosa, Maurício Neubern e Valéria Mori pela inspiração, entusiasmo e compromisso com um pensar sempre ativo e engajado. Agradeço à Tania Inessa, cujo trabalho ímpar, a sensibilidade e a inteireza mudaram a minha vida e para sempre me marcaram.

Um agradecimento especial a Eileen Flores: mãe do Ian, que me ensinou tanto sobre tanta coisa, e é uma das pessoas mais fantásticas que já conheci.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	vii
INTRODUÇÃO .....	08
1 – PARA QUE E PARA QUEM A CLÍNICA EXISTE? – A PRIVATIZAÇÃO DO INDIVÍDUO.....	10
2 – O SABER PSICOLÓGICO REPENSADO À LUZ DE UMA ÉTICA EM MOVIMENTO.....	17
3 – A CLÍNICA PSICOLÓGICA NO PLURAL: CLÍNICAS POSSÍVEIS. EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	44

## RESUMO

No presente trabalho, discuto o que pode a clínica psicológica oferecer para romper com seu lugar histórico de ser um dispositivo de correção moral. Proponho que cuidar sem oprimir é, mais do que um avanço da classe dos clínicos, tarefa cotidiana de cada profissional que escolhe a clínica como campo de trabalho. Portanto, fazer clínica tem como marca uma ética em permanente construção e que não se resolve ao seguir acriticamente um conjunto de princípios. A fim de ampliar as discussões sobre ética, pensarei o encontro da clínica com contextos em que ela encontra limites: o encontro com modos de subjetivação estranhos ao projeto moderno de indivíduo centrado e racional. Tomarei a minha experiência de estágio num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal como material de discussão: do encontro da clínica com o estranho e uma dimensão política que considero importante de ser pensada pelos profissionais em formação.

**Palavras-chave:** Clínica, ética, saúde mental.



O campo clínico da psicologia configura-se em arena rica de possibilidades de trabalho. Composto como um mosaico, por diferentes escolas e tendências, o que marca essa prática da cultura ocidental é a preocupação com o humano que sofre, ou com aquele que, em algum momento de sua vida, escolhe essa relação como um espaço de escuta e reflexão. Como campo que me inquieta e fascina, foi o pensar da clínica que me moveu a escrever este trabalho. Tarefa que constituiu para mim um desafio, por ser o esforço de colocar em questão a clínica psicológica como dispositivo de cuidado e de não-opressão. Pretendo explorar esta problemática ao pensar em como construir esta clínica do cuidado, considerando que as disciplinas que sustentam o campo clínico estiveram, desde o surgimento deste campo, calcadas num certo ideal moral de indivíduo. Como exigências desse ideal, impuseram-se os programas de normatização, instituintes de um mandato profissional que tomará, no lugar do cuidado, a constituição de certa *pedagogia de ajuste*, cuja função é possibilitar que todos tornem-se indivíduos (LOBOSQUE, 2003).

Como proposta, me aproximarei de algumas dimensões em jogo na relação que se configura na clínica, concebendo enquanto possibilidade a construção sutil de uma ética, cujas fronteiras nunca estão claras *a priori*. A seguir, a partir da minha experiência de estágio com a saúde mental, pensarei o lugar que pode ter essa clínica que, para cuidar sem violência, tem de sair de seu centro e tomar uma dimensão política e de responsabilidade social: como possibilidade, mas, sobretudo, desafio.

No capítulo 1 eu traço algumas reflexões sobre o modo como a clínica e, mais amplamente, o campo “psi”, se organizaram desde o seu surgimento como dispositivo de normatização, a serviço de certa ordem social. Levanto questões que, a meu ver, são fundamentais para que se pense o que a clínica psicológica, num país como o Brasil, tem a oferecer quando esbarra com lógicas de subjetivação diferentes daquelas a que se destina uma clínica marcada pelo ideal moderno de indivíduo.

O capítulo 2 servirá para pensar o rompimento com a clínica da norma, como desafio ético de cada profissional que se arvora a não ser reproduzidor acrítico de certa *pedagogia de consultório*. Para tanto, recoloca a questão ética como construção dinâmica e sutil. Um desafio que encontra como espaço privilegiado de discussão a formação do profissional, e que constitui um princípio que não se pode sustentar em prescrições, fórmulas e técnicas psicoterápicas.

Finalmente, o capítulo 3 discute a minha experiência com a clínica da saúde mental, que considero pertinente para pensar o encontro da clínica com a ética e com a política, bem como, a meu ver, agrega ao pensar sobre a clínica uma dimensão do desafio que é a prática psi na saúde pública e, em especial, no Distrito Federal – reconhecido pelo Ministério da Saúde como região do país com a segunda pior cobertura de Centros de Atenção Psicossocial por número de habitantes (BRASIL, 2009).

## CAPÍTULO 1

### **Para que e para quem a clínica existe? – A privatização do indivíduo**

Neste trabalho, pretendo discutir a clínica psicológica enquanto relação ética entre os dois atores centrais dessa relação: alguém que cuida e um outro que recebe cuidado. O que me motivou à discussão desse tema foi uma inquietação que me interpelou ao longo da minha graduação em psicologia, e que penso poder resumir em uma pergunta: “O que a clínica psicológica tem a oferecer, que rompa com seu lugar histórico de normalizar/domesticar um sujeito supostamente desviante?” Na prática do estágio em psicologia, e na convivência com colegas na faculdade, é patente a convivência de diferentes perspectivas sustentadas pelos estudantes e pelos profissionais, tanto no que diz de um esforço para pensar uma clínica que não seja normativa, quanto de uma perspectiva que se pretende a reproduzir o saber psicológico em um *setting* – uma ação de aplicação do que se aprende ao longo do curso.

Meu esforço será complexificar o pensar da clínica, sustentando que o contexto das relações concretas, às quais proponho nomear *exercício da clínica*, apresenta desafios e sutilezas que tornam o respaldar dessa prática psicológica, unicamente em suas teorias e respectivas técnicas, uma potencial redução trágica, cujos tributos, quem paga é, principalmente, aquele que se submete à ação do especialista.

Sobre esse ponto, Foucault (1976/2006) denuncia a clínica, destacando aquela feita no consultório – que não ocorre no espaço físico de uma instituição – como um espaço que não está livre de ser “a voz da norma”, com suas categorias de diagnóstico e práticas terapêuticas. Diz Foucault (1976/2006, p.323) que

*o médico “livre” da medicina “liberal”, o psiquiatra de consultório ou o psicólogo particular não são uma alternativa à medicina institucional. Eles fazem parte da rede, mesmo nos casos em que estão em um pólo oposto àquele da instituição.*

Portanto, “a escuta do analista em sua poltrona não é estranha ao questionário premente, à estreita vigilância do asilo” (FOUCAULT, 1976/2006, p.323). Dessa maneira, estando o clínico dentro da lógica que se ocupa em encontrar o que foge de certo ideal de normalidade e, em seguida, operar algum modo de “correção moral”, a

clínica arrisca tornar-se instrumento ideológico engajado na produção de indivíduos livres de suas anomalias e que, pelo seu modo de existir, desafiam certa ordem social<sup>1</sup>.

Cabe destacar ainda que as práticas legitimadas por uma cultura não carregam verdades absolutas sobre aqueles que as promovem ou sobre os que sofrem seus efeitos. Mas ao invés disto, tais práticas produzem formas de verdades que, por sua vez, moldam subjetividades, oferecem referências para que se reconheçam aquelas existências que são legítimas (FOUCAULT, 1999). Com efeito, no seio de cada sociedade encontrar-se-ão os estranhos, aqueles que “não se encaixam no mapa cognitivo, moral ou estético do mundo” (BAUMAN, 1998, p.27), repudiados pelo discurso hegemônico da ordem, e relegados, pelo interesse na higiene moral, ao silenciamento e à falta de lugar no mundo.

Cada sociedade produzirá, então, seus próprios regimes de verdade e, conseqüentemente, aquele que ocupa o lugar do estranho acima referido transformar-se-á conforme muda a ordem hegemônica (BAUMAN, 1998). Ou como comenta Foucault (1961/2006, p.164) com ironia, “cada cultura tem a loucura que merece.” De maneira que “a loucura só pode ser encontrada em uma sociedade, ela não existe fora das normas, da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam” (Idem, p.163). Para esta tarefa de discutir a clínica psicológica, a quem ela se destina, e compreender melhor o lugar que a psicologia pode vir a ocupar frente à ordem e aos rejeitos de seu tempo, será necessário inicialmente, mapear e discutir algumas das tendências que marcaram seu desenvolvimento. Tais tendências dirão tanto da clínica enquanto dispositivo que serve a um ideal moral de indivíduo, quanto da possibilidade que carrega, sempre em potencial, de soerguimento e *empowerment*<sup>2</sup> para a sua clientela.

---

<sup>1</sup> Faço referência aqui à discussão de Bauman (1998) sobre “o sonho de pureza” delimitado pela ordem social, que dá lugar ao belo, ao correto, ao puro e bom e, entretanto, cria a sua “zona de sombra”, na qual habita o anormal, o redundante, o estranho, o refugio. Lançarei mão dessa discussão ainda em outros pontos deste trabalho, por considerá-la de grande valia para pensar os lugares possíveis da clínica na cultura.

<sup>2</sup> Embora o termo já tenha sido traduzido como “empoderamento”, a escolha por manter o termo em inglês deu-se porque, na língua portuguesa, não existe tradução que faça justiça ao sentido que a língua original carrega. Vasconcelos (2003) traça um histórico do *empowerment* e seus diversos significados, para enfim tomá-lo como uma forma de emancipação ligada a práticas antiopressivas, com articulações sociais e políticas, e que incluem os processos psicológicos como dimensão que compõe tais práticas.

Poder-se-ia falar num mundo que, atualmente, vive os efeitos de uma ordem social marcada pelo impulso da *transformação-em-algo-melhor* (BAUMAN, 2005), ou seja, pelos sonhos de progresso da modernidade que, por sua lógica, dispensa o excessivo e, de uma infinidade de maneiras (seja por seu sistema econômico, organização política, progresso científico, desenvolvimento tecnológico, acesso às tecnologias e, não poderia excluir, ideais morais), revela uma busca pelo que é bom e justo. Bauman (2005) utiliza a fala de Michelangelo sobre a simplicidade em criar uma escultura, ofício que consistiria apenas em “pegar um bloco de mármore e cortar todos os pedaços supérfluos” (p.31) como comparação ao ideal moderno de busca pelo “belo, o harmonioso, o agradável e o gratificante”, atingido pela eliminação do que é excesso, sujeira e inutilidade. O que marca a modernidade e seus efeitos, entretanto, não é somente a retirada do que é excessivo, mas a sua produção incessante e em larga escala. Compondo, de modo paradoxal, a idéia moderna de que o modo mais eficiente de lidar com tudo aquilo que não se encaixa em seus projetos seria o aumento da produção abundante daquilo que pertence a esses “bons projetos”, resultando no aumento exponencial do lixo (BAUMAN, 2005).

Tratando-se disso que sobra em termos de contingente humano, bem como do que é incluído e valorizado como “bom”, encontra-se, na modernidade, o individualismo como fundamento ideológico. Dumont (1983/2000), em seu estudo da ideologia moderna, elucida, na maneira como a noção de indivíduo muda de um indivíduo-fora-do-mundo para o indivíduo-no-mundo, algumas das transformações ideológicas que permitiram a constituição do individualismo, um valor central das instituições modernas. Pensamento que encontra ressonância também na obra de Foucault (1979/2009), e que o seguinte trecho explicita com precisão:

*Não se trata de conceber o indivíduo como uma espécie de núcleo elementar, átomo primitivo, matéria múltipla e inerte que o poder golpearia e sobre o qual se aplicaria, submetendo os indivíduos ou estraçalhando-os. Efetivamente, aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos de poder. Ou seja, o indivíduo não é o outro do poder: é um de seus primeiros efeitos. O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constituiu. (p. 183)*

E a partir da privatização desse indivíduo moderno, definido por Dumont (1983/2000, p.75) como “ser *moral*, independente, autônomo e, assim (essencialmente), não social”, que se constitui como um coerente pilar da razão universal (DUMONT,

1983/2000), e sendo esse indivíduo efeito do que Foucault veio a chamar sociedade disciplinar (FOUCAULT, 1999), encontramos as origens das disciplinas “psi”, das quais destacam-se a psicologia, a psiquiatria e a psicanálise (FOUCAULT, 2006), onde a forma que tem a clínica psicológica atual<sup>3</sup> encontra algumas de suas raízes.

González Rey (2007), ao discutir o histórico da psicoterapia, nascida na modernidade, aponta como houve, no programa de um projeto de ciência deste campo, interferências de cunho político-ideológico, que findaram por legitimar algumas produções em detrimento de outras. De modo que o discurso hegemônico de exaltação do individualismo como fundamento da ordem social produziu, agora no campo das produções teóricas, também os seus rejeitos. A saber, conforme cita Neubern (2007), as contribuições de Mesmer, Puységur, Esdaile e certa desqualificação por parte dos manuais de psicologia frente às contribuições de Wundt, que não a inauguração de seu laboratório experimental. Contribuições cujo silenciamento na história da Psicologia denuncia “um jogo de poder no qual o sistema mais coerente com as normas sociais e os pressupostos epistemológicos dominantes saiu vitorioso”. (NEUBERN, 2007, p.8)

Podendo-se visualizar, nos cânones das teorias psicológicas da modernidade, a característica fundamental de excluírem o pensar sobre a cultura (GONZÁLEZ REY, 2007), instituindo, por meio do projeto do indivíduo moderno, um saber reduzido a ser “o conhecimento do texto individual” (FOUCAULT, 1965/2006, p.227), seguido por certo programa terapêutico. Foucault (1965/2006) segue afirmando que “toda psicologia é pedagogia” (p.227), carregando sempre um programa normativo, que terá como foco esse indivíduo.

E é deste ponto que parte o questionamento que trago à luz: o poder legitimado do clínico, a efetividade de suas ações e, conseqüentemente, uma reflexão ética, quando o clínico encontra-se frente a contextos em que as demandas humanas são fruto da posição de refugio – ou do que é estranho – do projeto moderno de indivíduo. Firmando-se como exercício psi, há, na escuta do profissional que é treinado, os meios (sempre em

---

<sup>3</sup> É necessário demarcar que não é do interesse deste trabalho discutir a variedade de escolas e tendências que marcaram as escolas e formas de psicoterapia, portanto, não me aterei à pretensão de remontar historicamente as inúmeras contribuições de também inúmeros teóricos para a riqueza de formações e modelos atualmente disponíveis. Entretanto, será assunto do capítulo 2 falar mais sobre a formação do clínico, com o olhar voltado a problematizar o que está implicado no desenvolvimento de recursos que um psicoterapeuta comprometido em não reproduzir “a voz da norma” finda por desenvolver.

potencial) para que o estranho seja precisamente identificado como aquele que não é um indivíduo, bem como o aparato técnico para operar as “correções devidas”.

Estando a psicologia desde seus primórdios fundamentada por esse ser moral, que nunca esteve “sempre aí”, mas cuja gênese está implicada na lógica das instituições que herdamos da modernidade, Lobosque (2003), ao discutir esta clínica psi no contexto da reforma psiquiátrica,<sup>4</sup> lembra-nos de que

*o nascimento das disciplinas da área psi – a psiquiatria, a psicologia, etc. – dá-se nos hospitais psiquiátricos, nas fábricas, nas prisões, nos reformatórios, ou seja, justamente naquelas instituições criadas para disciplinar os homens, tratando de reeducá-los, adestrá-los a certas normas que apreendem o tempo, a vida e a força de seus corpos num jogo do qual nem sequer são atores, mas, simplesmente, servidores (p.18).*

Contexto moderno cuja história, segundo Bauman (2005, p.19), “foi uma prolífica fábrica de modelos de “boa sociedade””. Configurando uma das disciplinas que, paradoxalmente, mais contribuiu para a exclusão da subjetividade (NEUBERN, 2004), e cuja prática pode, em um país como o Brasil – país marcado pela desigualdade social, e cujos *estranhos* não configuram exceção –, sob a égide de uma “boa consciência profissional”, ser fonte de embates e ausência de resposta frente ao estranho ou ao refugio, para quem, como afirma Bauman (2005, p.25) “não existem trilhas óbvias para retornar ao quadro dos integrantes”.

É do meu interesse neste trabalho pensar o que pode o exercício da clínica oferecer que não seja certa *pedagogia de consultório*, mas que sirva para problematizar, acolher e construir caminhos possíveis de existência, que façam sentido àquele que recebe cuidado. Considero relevante pensar a clínica psicológica frente à realidade brasileira, marcada por uma configuração multicultural (BIZERRIL, 2007), em que se ampliam as possibilidades de estranhamento e, por outro lado, quando considerados os saberes de que se compõe o mosaico multicultural do país, ampliam-se também as possibilidades de construir existências a partir do que é significativo para as

---

<sup>4</sup> Ao longo deste trabalho, em especial neste capítulo, por vezes, faço uso de autores que produzem dentro de campos diferentes, a saber: Lobosque, Foucault, González Rey, Bauman, Neubern. O sentido dessa variedade de fontes é, ao mesmo tempo, enriquecer a problematização de certa lógica moderna que tende à institucionalização e silenciamento de subjetividades, e trazer o campo clínico como eixo de discussão e, portanto, arena em que o pensamento normativo se esbarra num esforço ético por fazer frente à histórica violência simbólica da qual a psicologia foi agente.

pessoas/comunidades que recebem atenção. Esta trama de contextos traz à tona questões pertinentes: afinal, o que é uma clínica comprometida com a valorização das subjetividades, se não aquela que se presta a considerar elementos externos a si, na realidade concreta das pessoas?

Não se trata de calcar o exercício da clínica em pontos objetivos da experiência dos que recebem cuidado ou de começar a pensar que alguém sofre de determinada maneira por viver sob certas condições socioculturais. O que proponho é chamar atenção a não desconsiderar elementos da vida da pessoa que não se articulam de modo privilegiado em qualquer solução psi, podendo-se mapear dentro de outros registros culturais, ou cujas ações estão para muito além do *setting* clínico e dos processos de simbolização do cliente. Lobosque (1997), ao discutir a contribuição dos trabalhadores em saúde mental frente à condição de (não) cidadania dos “moradores de rua, loucos, esquisitos, desajustados em geral” (p.67), aponta para o risco de:

*Se enfatizarmos o chamado “fator psicológico” na gênese e constituição da população de rua, acabaremos deixando em segundo plano todos os graves problemas brasileiros que são aí determinantes cruciais: a excessiva concentração de renda, as contradições do modelo neoliberal, a fragilidade das políticas sociais, etc. (p.68)*

De maneira que, pensar na clínica que se pratica e na que se almeja praticar aponta, a quem se arvora a tal aventura – para além de um olhar que considere a cultura como constituinte fundante do humano –, uma análise necessária daquele que ocupa a posição de poder.

Basaglia (1985), após apontar as relações violentas que perpassam todas as instituições que sustentam o modo atual de organização social, acusa os técnicos de serem os agentes eleitos pela sociedade do “bem estar” (p.101) para ampliar as fronteiras da exclusão ao desenvolver seus métodos de ajuste e adaptação, exercendo a violência sem mostrá-la abertamente, de modo a

*mistificar a violência através do tecnicismo, sem com isso modificar a sua natureza, mas fazendo com que o objeto da violência se adapte à violência de que é objeto sem sequer chegar a ter consciência dela e sem poder, com isso, reagir a ela tornando-se, por sua vez, violento. (p.102)*

E nesse sentido de ampliar os métodos de “ajuste à violência”, a psicologia foi grande contribuidora. Sendo prática que, segundo Foucault (1957/ 2006),

*nasce neste ponto no qual a prática do homem encontra a sua própria contradição; a psicologia do desenvolvimento nasceu como uma reflexão sobre as interrupções do desenvolvimento; a psicologia da adaptação, como uma*



*análise dos fenômenos de inadaptação; a da memória, da consciência, do sentimento surgiu, primeiro, como uma psicologia do esquecimento, do inconsciente e das perturbações afetivas. Sem forçar uma exatidão, pode-se dizer que a psicologia contemporânea é, em sua origem, uma análise do anormal, do patológico, do conflituoso, uma reflexão das contradições do homem consigo mesmo. E se ela se transformou em uma psicologia do normal, do adaptativo, do organizado, é de um segundo modo, como que por um esforço para dominar essas contradições.*

Portanto, considero como estudante de psicologia no final do curso, que a formação configura-se como espaço privilegiado dessa problematização que, para além de uma discussão técnica/teórica, deve incluir uma face política de responsabilidade social. Intimamente associado a isso, para que tais reflexões tenham efeito no trabalho de cada profissional, faz-se necessário um convite mais pessoal por uma postura ética de valorização da diversidade e compromisso com o modo próprio de subjetivação desse outro que recebe cuidado.

A “boa formação”, do meu ponto de vista, sempre possuirá pontos cegos frente à diversidade cultural brasileira. E se não for reiteradamente interpelada, corre o risco de ver-se subitamente impotente frente ao estranho, ou ainda desarticulada de dimensões importantes da vida das pessoas. O risco que se corre no exercício clínico acrítico é o de – tragicamente – ver-se como “remédio psi” de correção moral, que não propõe qualquer reflexão sobre o que, no percurso de tornar-se humano, faz questão àquele cuja clínica dirige seu olhar<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Assunto a ser abordado mais atentamente no capítulo 2.

## CAPÍTULO 2

### **Desafios da escrita X Desafios de uma prática: As teorias em psicologia repensadas à luz de uma ética em movimento. Problemas de uma formação em Psicologia**

Os problemas levantados no capítulo 1 sobre algumas das tendências que marcaram o nascimento da clínica e o lugar que esta pode ocupar em uma sociedade servir-me-ão agora para levantar outra problemática que considero fundamental para pensar um lugar possível para a clínica. Será o esforço para aproximar mais o meu foco da relação que se atualiza no encontro, em que os agenciamentos clínicos tomam forma, com a finalidade de problematizar os referenciais que legitimam a atuação no *setting*. Falo aqui do lugar que o pensar a clínica tem no fazer da clínica, o que, em Psicologia, tem íntima relação com um sujeito que não necessariamente é aquele que necessita de cuidado, mas um sujeito ideológico<sup>6</sup> representado por uma teoria. Proponho refletir sobre aquilo que, ao legitimar certa prática, e tomar uma forma ideológica, cria referências à atuação do profissional, e se imbrica sutilmente na relação de cuidado.

Sinto a necessidade de chamar a atenção para um ponto importante no qual esbarro ao tentar tomar algo tão vivo e dinâmico como a experiência clínica atual (o encontro com o outro no momento do *estar junto*), que diz de uma problemática típica da natureza da própria palavra: o limite que essas palavras tem ao representar certas experiências. Deleuze e Guattari (1980/2000), ao tratarem das multiplicidades de um livro, se aproximam, a meu ver, do múltiplo que implica os atores da relação clínica, no sentido de que os elementos do “eu” desses atores estão em larga medida, agenciados em movimentos de ordenação de territórios, e de seu oposto, as desterritorializações. De maneira que: se torna impossível somente pelo recurso da linguagem dar conta de uma experiência tão complexa, viva e dinâmica; e que a própria linguagem criada para dizer dessas experiências constitui-se, a partir do momento em que é tomada como recurso narrativo no *setting*, em instância de outra ordem, que não a experiência que está-se pretendendo narrar.

---

<sup>6</sup> Dispõe-se de diferentes maneiras da noção de ideologia, e é não do meu interesse neste trabalho articular uma discussão sobre a polissemia do termo. Entretanto, considero que o termo ideologia mantém valor para a discussão que proponho, se pensado como certo olhar ou forma discursiva que se cristaliza sobre fenômenos ou relações, naturalizando-os. O que, por vezes, impede uma outra perspectiva, um outro olhar.

Então, o encontro de subjetividades da relação clínica, a produção subsequente de um discurso sobre a clínica, e o esforço de dar sentido àquela riqueza de material, implicam em agenciamentos de outra ordem que não somente a experiência viva dos sujeitos na relação; o que, ao mesmo tempo, é o material sobre o qual torna-se possível dar outro destino a tais experiências – que não somente o sofrimento – e o que me permite comparar a produção de uma teoria psicológica (que é um dos componentes da escuta do profissional) com o que Deleuze e Guattari (1980/2000) propõem que seja um livro:

*o livro é forçosamente um decalque: de antemão, decalque dele mesmo, decalque do livro precedente do mesmo autor, decalque de outros livros sejam quais forem as diferenças, decalque interminável de conceitos e de palavras bem situados, reprodução do mundo presente, passado ou por vir. (p.35)*

Proponho, em consonância com as idéias de Foucault (1999) sobre uma verdade que se produz, e que por sua vez dá forma a um sujeito, que as teorias em psicologia sejam também decalques, sejam formas de produção de subjetividades, e que não carregam verdades absolutas. Discussão que, quando pensada sobre a psicologia nascida das contradições das práticas do homem, ou seja, do que não se ajustava à ordem social (FOUCAULT, 1957/2006), se articula com o argumento de Neubern (2004) sobre a exclusão da subjetividade produzida pelas teorias em psicologia na modernidade. Em que

*se construía para o paciente um mundo e uma imagem de si nas quais ele mesmo só participava de forma passiva ou marginal. Essa pretensão de busca pelo real fez com que as teorias se construíssem em verdadeiros moldes dos sujeitos humanos, determinando como são os indivíduos, as famílias, os grupos e como deveriam ser abordados. (Idem, p. 30)*

González Rey (2003, 2004, 2007) e Neubern (2004, 2007, 2009) são autores que atualmente fazem um esforço pelo resgate da subjetividade nas teorias em psicologia, com o sentido de que o pensar sobre o sujeito esteja articulado com a cultura *desde sempre*. Ou seja, que não se reproduza no pensar teórico a dicotomia entre indivíduo e sociedade, presente no pensamento da modernidade; e para que haja uma abertura para pensar o humano como instância complexa, singular (daí a noção de subjetividade) e em contínua constituição na sua relação com a cultura (GONZÁLEZ REY, 2003, 2004, 2007).

Entretanto, apropriar-se de um discurso de complexidade e fazer o esforço de olhar “o sujeito” – entendido enquanto categoria, ou essa entidade abstrata da qual

tratam as teorias – a partir de outra concepção ontológica não garante a escuta afinada a um outro que é real. González Rey (2007) aponta para essa discussão ao dizer que a “psicoterapia nunca representa um conjunto de receitas a serem aplicadas acriticamente na prática” (p. IX), de maneira que “uma prática eficiente é sempre uma produção criativa que não tolera referentes invariáveis externos a ela” (p. IX).

Então, se a visão da prática clínica for marcada pela multiplicidade de seus atores, e se as teorias puderem ser olhadas como decalques, o que resta como referência? Pois aqui não se trata mais de discutir teorias que tenham maior ou menor valor para dar conta da complexidade humana, mas de pensar que numa relação de cuidado, seja qual for o cabedal teórico de que se lança mão, o que se *pensa sobre* o sujeito – embora crucial para a relação – não é garantia ou impedimento para que esse outro consiga gerar possibilidades existenciais que envolvam menos sofrimento. Reitero que não se trata de diminuir o valor de uma boa teoria, ou de uma forma de niilismo em que tudo o mais rui que não as angústias. É antes uma problematização, a meu ver, necessária, para que o teórico não se torne demasiado grande (ou arrogante!), gerando zonas de sombra onde deveria verter luz. Ou seja, tratar-se-ia de trazer à discussão: como manter um pensar teórico articulado com a experiência viva da clínica, de maneira que a teoria seja *mais um dos elementos* em jogo na produção dessa experiência; e não o principal elemento da escuta de quem oferece cuidado?

Chamo atenção para que não seja ignorada a grande diferença de poder entre os atores dessa relação. De modo que, questionar os fundamentos dessa prática, problematizando seu valor de verdade frente às outras verdades da vida do sujeito e da cultura, é, em grande parte, uma responsabilidade ética daquele que tem o poder.

Encontrei nas incursões que Haddock-Lobo (2006) fez no pensamento de Lévinas grandes contribuições para discutir a ética como referencial possível numa relação como me propus a pensar neste trabalho. A tomada que Lévinas faz da ética como centro da investigação filosófica implica na preservação do *humano* pela radical assunção da alteridade, trazendo à reflexão não mais a existência, mas os existentes. Ao voltar-se para a ética enquanto filosofia primeira, Lévinas faz uma crítica à ontologia, dizendo que essa investigação do sentido do ser por meio da relação do homem com o

ser dos entes (investigação ontológica<sup>7</sup>) é um pensar que, quando se volta para o outro, é a um outro-uno, ao Mesmo<sup>8</sup> (HADDOCK-LOBO, 2006). O voltar-se radical de Lévinas à alteridade faz com que as relações humanas tornem-se fundamentalmente éticas, numa proposta filosófica de valorização e preservação do *humano* nas relações.

Portanto, não se trata de uma concepção universalista de ética, calcada em certa moralidade também universal, e cujas implicações definiriam as *relações naturais saudáveis* – como se essas pudessem ser definidas *desde fora* da diversidade de experiências humanas. Aí reside inclusive uma crítica de Lévinas aos Direitos Humanos, quando estes são concebidos como prescrições de direitos de e para *um* homem, pensado metafisicamente como Mesmo – conceito de humano que atualmente está falindo. Tratar-se-ia, portanto, de pensar uma ética da pluralidade, que nasce do reconhecimento radical do outro como instância anterior e infinita – por ser anterior ao eu e permanecer após o fim desse eu – e cujo valor passa a ser imenso (HADDOCK-LOBO, 2006).

O esforço pelo resgate da subjetividade no campo teórico implica a tarefa de suma importância para sustentar práticas cada vez mais sensíveis à não-opressão. Todavia, para que este esforço mantenha seu sentido terapêutico, será necessária a presença, na relação com o outro, do que Lévinas (HADDOCK-LOBO, 2006) nomeou de *transcendência*. Este termo trata do que, na alteridade, é radicalmente do *outro*, e que se esvai quando esse outro torna-se Mesmo, se perde na multidão. A transcendência é inacessível às relações, e seu reconhecimento, no mesmo movimento, traz o fim das certezas sobre o outro, mas torna também possível o nascimento da confiança.

---

<sup>7</sup> Em Haddock-Lobo (2006), os primeiros ensaios se ocuparão de algumas delimitações entre a ontologia e a ética como problemáticas primeiras da investigação filosófica, para que se torne mais clara a influência que Heidegger teve no pensamento de Lévinas. De modo que na ontologia de Heidegger a investigação do *sentido do ser* realiza-se pelo *Dasein* (o ser-no-mundo), que em si experimenta a angústia existencial de, frente à certeza única da morte, ter de se haver com sua existência. A diferença em relação à ética de Lévinas é que o encontro com o outro para Heidegger (o *estar com*) limita-se a ser um dos momentos da investigação do sentido do ser; sendo esse outro um outro entre muitos, indistinto.

<sup>8</sup> O Mesmo, ou outro-mesmo, é o outro da multidão, da massa que não se diferencia e que, portanto, não convoca à ética da alteridade proposta por Lévinas. Portanto, a presença desse Mesmo implicaria na perda do outro como múltiplo, pois este, não sendo um rosto do qual o eu reconhece a sua separação, nunca poderá tornar-se a fonte de respeito e fascínio que a radical alteridade de Lévinas propõe ser fundante.

Bauman (2004), ao refletir sobre o destino do princípio: *amar ao próximo como a si mesmo*, faz reflexões que considero importantes para compreender o que seria essa confiança. O autor toma esse princípio como fundamento para a humanidade, no sentido de ser o que permite a construção de uma moralidade. Pois o *amor próprio* (assim como seu oposto, a auto-aversão) é tomado por Bauman como, ao mesmo tempo, algo que se constrói a partir do amor que se recebe, e como promessa de que se receba amor – permitindo que o humano sinta-se digno de ser amado. A suposição que Bauman deduz disso é a de que *eu tenho um valor singular*, evocando “o desejo do próximo de ter reconhecida, admitida e confirmada a sua dignidade de portar um valor singular, insubstituível e não-descartável” (p.101). Por isso a máxima *amar ao próximo como a si mesmo* permite a construção de uma moralidade. Desse modo, “a sobrevivência de *um ser humano* se torna a sobrevivência *da humanidade* no humano” (BAUMAN, 2004, p.98).

Essas contribuições de Lévinas (HADDOCK-LOBO, 2006) e Bauman (2004) são importantes, pois em ambos os autores está presente a idéia de que quando se perde a dimensão do outro como humano (diferente de mim, mas, não obstante, humano como eu), e essa alteridade conjuga-se na mesmidade do estranho (BAUMAN 1998, 2004), as mais diversas atrocidades tornam-se possíveis e legitimadas. Bauman (2004) aponta a desculpa comum dos estadistas de que: “Não se pode fazer uma omelete sem quebrar os ovos” (p. 102), dizendo logo em seguida que negar a dignidade humana

*deprecia o valor de qualquer causa que necessite dessa negação para afirmar a si mesma. E o sofrimento de uma criança deprecia esse valor de forma tão radical e completa quanto o sofrimento de milhões. O que pode ser válido para omeletes torna-se uma mentira cruel quando aplicado à felicidade e ao bem-estar humanos. (p. 103)*

Aproximo essa discussão das reflexões que trago sobre a clínica, pois penso que, aquilo que me afasta do outro e que de alguma maneira objetifica o outro – seja pelo uso de uma categoria que reflete uma identidade cultural como *judeu*, ou uma categoria psi, como *esquizofrênico* – tem como efeito a perda da transcendência a que se referiu Lévinas (conforme a interpretação de HADDOCK-LOBO, 2006).

A fim de dar materialidade a esta discussão sobre ética, relatarei brevemente uma experiência minha que penso poder contribuir para a discussão. Para preservar a privacidade das pessoas envolvidas no caso real, manter o sigilo e evitar qualquer possibilidade de reconhecimento, modificarei a história, os locais, os personagens e

todos os nomes. Utilizarei para tanto, um modo pouco habitual de falar de uma experiência clínica, ao lançar mão do clássico da literatura: Os sofrimentos do jovem Werther (GOETHE, 1774/2009) como fonte de inspiração<sup>9</sup>.

Werther, homem na faixa dos 35 anos, chega-me ao consultório choroso e profundamente deprimido. Depois da irremediável perda de Carlota (decidida por não mais vê-lo e construir uma vida junto a Alberto), meu cliente iniciou, cerca de três anos antes de vir a se consultar comigo, a sua carreira psiquiátrica – em função de sua primeira tentativa de suicídio. Na ocasião de sua internação, Werther havia tomado um vidro de veneno, mas fora encontrado por um criado a tempo. Depois de ser levado ao hospital, passar pela lavagem estomacal e acordar de um estado de coma que durou três dias, passou a consultar-se regularmente com um psiquiatra e a frequentar, também regularmente, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, previsto pela reforma psiquiátrica<sup>10</sup>.

Após cerca de um ano de tratamento medicamentoso, tendo sido diagnosticado como um caso grave de depressão, Werther passou a ser visitado com frequência pela mãe de Carlota, então falecida há mais de dez anos. Durante essas visitas, eles conversavam longamente sobre os filhos que ela havia deixado, ele recebia avisos sobre cuidados a serem dedicados a algumas pessoas específicas e, com menos frequência, falavam da grande tristeza que Werther sentia. As conversas eram agradáveis para Werther e, apesar de ele reconhecer o quão bizarro era estar a falar com alguém que já morreu, não eram encontros em que ele sentia medo. Importante dizer que ele não frequentava nenhum ambiente religioso, mas outras pessoas de sua família eram espíritas kardecistas, de modo que ver mortos, se pensado a partir de um registro cultural não tão distante a Werther, não constituía uma experiência da ordem do

---

<sup>9</sup> Esse modo de trabalhar o exemplo não manterá fidelidade com o romance de Goethe. Werther foi escolhido pela intensidade de seus afetos, sua imensa tristeza, e pela eleição de Carlota como único destino possível para tanto amor. O personagem que comparecerá aqui, fá-lo-á à moda contemporânea: como cliente de um consultório psicoterápico que, junto à psicoterapia, iniciou uma carreira como paciente psiquiátrico.

<sup>10</sup> No capítulo 3 falarei mais sobre o CAPS, seu modo de funcionamento e os princípios que norteiam as suas práticas junto às pessoas com sofrimento mental grave. A título de esclarecimento para esta história, vale dizer que são elegíveis ao CAPS, pessoas situação de depressão grave e que apresentam risco de suicídio (BRASIL, 2004).

completo desconhecido. Durante as nossas sessões – iniciadas após cerca de um ano depois de a mãe de Carlota ter “medicamento” desaparecido de sua vida – ele me contou sempre ter tido uma forte crença no que chamava de “planos de Deus”.

Usei acima o termo “medicamento”, pois, se as visitas tinham-se iniciado “magicamente”, sumiram sob efeitos de remédios específicos. Em consulta com o psiquiatra, meu cliente foi medicado para que as visões sumissem (obviamente o médico decidiu que se tratava de alucinações visuais e auditivas combinadas). Depois de cerca de um ano sem ter nenhuma experiência com a mãe de Carlota, a medicação foi retirada e, na mesma época, Werther e eu começamos nosso trabalho.

Considero que o andamento do meu processo com ele foi muito interessante, pois, foi possível constituir aquele espaço como um dos únicos que ele sentia-se à vontade para falar de si. Aos poucos sua depressão se amenizou, a tristeza tornou-se mais suportável e Carlota deixou de ser depositária somente de seu amor. Ele reconheceu também uma raiva de ter sido abandonado e, aos poucos, foi possível perceber como aquele amor todo pode ter sido, para Carlota, sufocante.

Em um encontro recente, contudo, aconteceu algo que me chamou a atenção e que é a razão de eu ter trazido este caso: as visões voltaram. Ele caminhando pela casa, passou por um quarto e lá estava sentada a mãe de seu antigo amor. Ficou um tempo, eles não conversaram, e ela partiu.

Dessa vez, o encontro foi um susto para Werther, pois há muito isso não ocorria, e ele veio me contar logo na sessão que se seguiu. Como da primeira vez, o encontro não veio acompanhado de angústia, e não conseguimos encontrar nenhum acontecimento diferente em sua vida que pudesse ter “desencadeado” a volta de mãe de Carlota.

Neste momento é que vi delinear-se essa fronteira ética como questão. De início, ouvir a experiência de Werther me convidou a pensar em termos clínicos o que poderia estar acontecendo. Seria a visão da mãe de Carlota o sintoma de uma psicopatologia<sup>11</sup>? De imediato, como intuição, não me pareceu que chamar essa experiência de

---

<sup>11</sup> Ao falar de psicopatologia neste ponto, recorro a Branco Filho e Resende (2004), na releitura que fazem do radical *pathos*, considerando não mais a sua redução à doença (*hýbris*), mas como “disposição afetiva fundamental”. Ou seja, trata-se daquilo que, no percurso de tornar-se humano comparece como excesso, desmedida; incluindo o sofrimento como possibilidade, mas não reduzido a este.



alucinação, ou pensar estratégias para que a visão sumisse, fosse agregar qualquer coisa de sentido terapêutico ao caso (que não mais medicamentos). Entretanto, também vi-me convocado a não desconsiderar uma avaliação clínica do que essa visão poderia representar.

A solução que encontrei junto a Werther, já que a mãe de Carlota não o incomodava (com exceção do susto que foi constatar a presença de mais alguém em casa que não só ele), foi permanecer atento, caso ela voltasse a aparecer, para aquilo que ela pudesse evocar. Tratar-se-ia de compreender o sentido que essa experiência tem para Werther: antes de pensar os sentidos dados por qualquer saber *psi* e, com igual valor, os possíveis entrelaçamentos com outras significações que poderiam comparecer ali; tais como os sentidos culturais que essa experiência poderia ter para o kardecismo – pelos quais Werther fora permeado desde a infância.

Essa experiência vem marcada, ao mesmo tempo, pela incerteza e pelo reconhecimento de que eu não posso *de fato* afirmar qual foi a verdadeira natureza das visões. Vem marcada pela inquietação que Bizerril (2007, p.142) provoca, ao dizer que “muitos fenômenos que são patologizados pela psiquiatria ocidental, seriam percebidos como religiosos em outro contexto cultural”; e por um não saber realmente se a vida de Werther seria melhor ou pior sem as conversas com a mãe de Carlota. Digo isso porque um dos elementos clínicos e psicossociais que poderiam me fazer problematizar a presença das visões seria Werther encontrar-se em alguma medida alienado de si próprio, ou de seu contexto de vida, mas, atualmente, tenho visto ele, cada vez mais, a sair de sua tristeza e a aumentar muitas das trocas sociais que antes não tinha vontade de manter. E não consigo ver qualquer relação entre “sua melhora ou piora” e a vivência com a falecida mãe de Carlota.

Me pergunto sobre o que pode acontecer quando Werther retornar a uma consulta com o psiquiatra, ainda que eu tenha discutido o caso com outros profissionais que acompanham esse cliente, e que mantêm contato com o médico. Relaciono este relato com o tema que discuto ao longo deste trabalho, pois considero este um exemplo de como foi tarefa minha olhar para Werther (e não para uma categoria teórica ou entidade cultural); e não me apressar a dizer do que se trata essa experiência. Eu simplesmente não sei de que ordem ela é, e desconfio de quem afirme categoricamente saber se tratar de alucinação, experiência mediúnica, ou outra possibilidade. Mas, apesar de achar que a explicação sobre uma “real natureza” do encontro com a mãe de Carlota

não é o mais importante, sou interpelado intensamente pela idéia de que as conseqüências de um ou outro saber sobre Werther podem ser radicalmente diferentes e potencialmente violentas para ele (como o emprego de um antipsicótico que provoca inúmeros efeitos colaterais).

Assim, retomo o que me propus a pensar no capítulo 1 sobre a contribuição da psicologia para um discurso normativo de objetificação das pessoas “desajustadas” – cujos diagnósticos passaram a ser tomados como fenômenos naturais de desvio, doença ou déficit (FOUCAULT 1957/2006; SZASZ, 1977; BASAGLIA, 1985; NEUBERN, 2007). E essa discussão torna-se mais complexa ao pensar que agora não basta resolver a questão teórica, mas que, numa relação concreta, o que está em jogo é uma *postura*, assumida por cada profissional.

Se cada sistema de pensamento, cada agenciamento de verdades, é fonte de diferentes experiências de mundo e, sendo estas experiências, por sua vez, geradoras de diferentes sentidos para a ética construída numa relação, sinto que pensar e falar de ética, no recorte que fiz para este trabalho, ganha uma inflexão diferente daquela dos códigos de ética, por exemplo. Como resposta a essa sutil negociação de fronteiras entre o cuidado e a tirania, os parâmetros de um código servem de muito pouco ao profissional que não se inquieta com o poder que possui. Para ilustrar melhor esse ponto, trago o seguinte exemplo, retirado do Artigo 2º do atual Código de Ética do Psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p.09):

*Art. 2º – Ao psicólogo é vedado: b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais;*

Percebe-se que essa diretriz remete a uma dimensão mais ampla da prática profissional, servindo para limitar (enquanto norma escrita) algumas práticas opressivas. Desse modo, o código de ética e o conselho profissional compõem os principais mecanismos de regulamentação e controle da prática da psicologia, zelando pelos direitos dos profissionais e – mais importante para essa discussão: pela garantia de que a profissão prime pelo benefício daqueles que demandam cuidado. Entretanto, do meu ponto de vista, uma instância de controle externa e coletiva contribui pouco para interpelar o profissional sobre aquelas intervenções em que a indução normativa comparece sem que os participantes da relação se dêem conta. Recupero, para fundamentar minha posição, o argumento de Foucault (1979/2009) sobre o poder que

circula nas relações. Para o autor, não se trata somente de um poder em sua face *negativa* de coerção, dominação e violência; mas, sobretudo, de uma instância que modela sujeitos, produz saberes e prazeres e comparece no cotidiano, invisível e capilarizado.

Ainda sobre esse esforço por provocar uma discussão ética com normas de um código, considero pertinente retomar o argumento de Lévinas (em HADDOCK-LOBO, 2006) já apresentado, sobre a ineficiência de uma discussão de direitos humanos que tem um caráter prescritivo e que se sustenta num conceito já falido de homem. Uma discussão sobre ética profissional que repousa sobre um outro que é o Mesmo (ainda que vise o benefício do *cliente* – enquanto entidade metafísica), a meu ver, distancia-se das nuances e da pluralidade de experiências numa relação com um outro real. Seria necessário à clínica psicológica – e este é o meu esforço – recolocar a questão ética como ética do outro homem. Trabalho a ser construído que, do meu ponto de vista, deve encontrar na formação do profissional um espaço privilegiado.

Proponho, portanto, que a ética enquanto referência para relação clínica não é algo fácil. Deparo-me desse modo com uma clínica de incertezas, em que nunca se tome qualquer dos atores da relação como algo certo, e cuja justa medida não se paute privilegiadamente por um conjunto de regras, o que seria mais propriamente uma moral. Concebo a ética dotada de fronteiras que estarão sempre em movimento. Sendo assim, o que é agenciado no exercício da clínica envolve algo da ordem da sensibilidade, da disposição afetiva para dar espaço em si para conteúdos de um outro. E, reiteradamente, é necessário encontrar a justa medida entre fazer valer o mandato do cuidado, sem que se estabeleça uma relação de dominação pela cegueira do costume e do hábito; e a justa medida disso nunca está pronta ou pode ser dada como certa. A pergunta crucial, neste sentido seria: em situações de extremo sofrimento psíquico, como prover cuidado sem fazer disso uma sutil tirania?

Provoca-me de maneira especial, enquanto alguém que pretende ingressar no mercado de trabalho como profissional do campo clínico, a imensa responsabilidade envolvida na relação clínica. Por este encontro poder ter um profundo impacto no modo como uma pessoa lida com sua existência, proponho mais incômodo por parte dos clínicos no que toca as ações conduzidas no cuidado. E, também considerando meu lugar de estudante, sinto a necessidade de incluir algumas reflexões sobre a formação. Assim, com o sentido de tecer algumas considerações sobre o que afinal está em jogo na

formação de um bom clínico, minha proposta é que uma boa formação teórica – seja a linha teórica que for – ou um bom repertório de técnicas psicoterápicas; não bastam para sustentar uma experiência que gere uma interlocução complexa e de sentido terapêutico<sup>12</sup>.

Acho importante esclarecer que, ao falar de uma clínica de incertezas, não estou dizendo de uma impossibilidade de cuidado, interlocução e processos de geração de alternativas de vida. O que me propus foi pensar que, diante de uma existência que não traz prescrições, e comporta tantos arranjos de vida quantas pessoas existem, não cabe ao representante de um saber nomear quais desses arranjos são corretos. Por isso trouxe a postura do profissional como foco. Pois, por mais que se avance em termos de produção teórica ou no desenvolvimento de técnicas, há algo no momento do cuidado, que parte de um trabalho pessoal. É algo, certamente, da ordem da escolha, mas que pede constante exercício para que a escuta clínica se enriqueça. Em minha experiência, tem tido papel importante: as supervisões, as trocas com profissionais que atuam no mesmo contexto, e um espaço de trabalho pessoal sobre aqueles conteúdos que tocam mais intensamente.

Trazendo de volta a pergunta do capítulo 1, sobre o que a psicologia tem a oferecer que não práticas pedagógico/normativas calcadas num certo ideal moral, considero que a formação é, idealmente, um espaço privilegiado para que se instalem os incômodos sobre: que tipo de profissional está sendo formado; e a que serve essa formação.

Nesse sentido, o trabalho de Carvalho (CARVALHO, 2009), inspira vários dos meus questionamentos. Pois, quando me esforço por pensar numa formação cujo compromisso é com as pessoas e não com a norma, não penso ser possível pensar ética sem considerar uma dimensão política e de cidadania. Carvalho (2009), tratando de saúde coletiva, fala do desafio que é implementar e fazer valer uma política como a do SUS numa sociedade marcada pelo neo-liberalismo, em que a saúde está sendo privatizada. O autor ressalta “a inseparabilidade entre processos de produção de saúde e

---

<sup>12</sup> Terapêutico ganha um sentido amplo se considerado o que propus. Faço uso do termo relacionando-o à possibilidade de uma clínica que dê um destino diferente do sofrimento às questões existenciais do cliente, a partir de um trabalho conjunto de construção de alternativas de vida. Tem relação com o que Vasconcelos (2003) se refere como *empowerment*. Discussão retomada no Capítulo 3.

processos de produção de subjetividade” (CARVALHO, 2009, p.38). O que nisto provoca minha reflexão é pensar que, na formação de um clínico, as subjetividades marcadas pelo neo-liberalismo também entram em jogo. Em especial porque a clínica psicológica tem, desde o seu nascimento, os consultórios particulares como *setting* privilegiado. De maneira que, se na formação este modelo privatizado, individualista e elitista não for problematizado, é o próprio pensamento dos profissionais que ficará encerrado nesse íntimo espaço do consultório.

Ao articular a questão ética com a formação, e com esse conflito de modelos, quero deixar claro que aqui não pretendo discutir em detalhes o que seria uma formação ideal. Esta, a meu ver, é aquela que consegue abrir espaços de reflexão, e que, constantemente, convida a um posicionamento sobre a responsabilidade ética e social do profissional. Portanto, a discussão que aqui pretendo instigar tem a ver com problematizar alguns aspectos contextuais da profissão e da formação, para chamar a atenção para aquilo que se atualiza em cada relação de cuidado, e de que nem sempre o clínico se dá conta.

Meu esforço foi pensar que o discurso produzido sobre quem sofre, bem como as experiências de vida do clínico, são elementos que interferem na escuta do profissional. A maneira como cada pessoa é atravessada, constituída e constituinte de certa prática, no exercício da clínica, tratar-se-á de um componente indissociável da escuta que se abre ao outro. Escuta que, por sua vez, permitirá gerar inteligibilidade sobre alguns elementos e deixará tantos outros de fora. No exemplo que adaptei, sobre Werther, se eu me decidisse de pronto por chamar os seus encontros com a falecida mãe de Carlota de “alucinações visuais e auditivas combinadas”, estaria deixando de fora outras possibilidades de leitura. Inclusive uma que considero interessante por negar a psiquiatrização/medicalização da vida de Werther: a de que ele poderia tranquilamente conviver e aprender a lidar com as visões, sem remédios.

Tendo discutido até este ponto algumas das implicações de uma escuta clínica que incorpora um saber acriticamente, proponho o contínuo esforço por pluralizar as escutas, calcado nessa idéia de incerteza, e sem negar o mandato do cuidado, que é possível haver uma clínica ocupada em cuidar sem violentar. Proponho como psicólogo em formação a construção (também artesanal) de um trabalho, com cada pessoa e a cada vez, aberto a reinventar-se, a criar e a experimentar, mas que tenha como lastro uma ética sensível às alteridades.

Tomando a ética por eixo, após considerar tantos aspectos diferentes do exercício da clínica (como o lugar dos saberes, as relações do profissional com aquele que busca cuidado e aspectos da formação e regulamentação da profissão), simplesmente dizer dessa ética possível não soa satisfatório. Entretanto, retomo que não pretendo aqui comparar escolas, técnicas ou teorias, mas situar a questão ética, política e de cidadania como anterior (e indissociável) do que poderia reduzir-se a um simples aprender-aplicar de teorias e técnicas psicoterápicas reduzida a ferramentas no exercício de uma profissão meramente técnica.

Nos espaços privados dos consultórios, ou em contextos institucionais com suas especificidades, uma clínica não-violenta é aquela que dispõe-se a reconhecer e dimensionar seu poder, problematizá-lo, e a empregar um trabalho cuidadoso de afinar a escuta para o outro. Portanto, o próximo capítulo será o meu esforço de ampliar as discussões iniciadas aqui, para vislumbrar os desafios da clínica e da ética no contexto da saúde mental, no qual a clínica necessariamente precisa ser repensada. Será também a oportunidade de expandir algumas questões para enfatizar uma dimensão política e de responsabilidade social sobre as quais, a meu ver, são dever do profissional se posicionar.

### CAPÍTULO 3

#### **A Clínica psicológica no plural: Clínicas possíveis. Experiência em um Centro de Atenção Psicossocial**

Pensar a clínica com complexidade e trazer à tona a figura do clínico evidenciou, nos capítulos anteriores, uma prática marcada pelo encontro de subjetividades. Uma arena em que o idiossincrático, bem como as referências que em alguma medida os atores da relação clínica compartilham – ou passam a compartilhar –, se encontram num jogo dinâmico de forças. Ou, nas palavras de Neubern (2009, p. 311), uma “perspectiva distinta que abre espaço para uma investigação voltada ao singular da vivência do sujeito e a um conjunto de relações que não se prendem a uma lógica moderna tipicamente linear”.

Pretendo neste momento, num esforço por ser mais fiel à clínica que se faz *em primeira pessoa*, trazer parte do meu percurso de formação como psicólogo, e discutir clínicas possíveis. Ou seja, como em minha experiência, o que foi pensado neste trabalho tem tomado forma, como desafio e como possibilidade.

Meus estágios de final de curso incluíram tanto o consultório psicoterápico de uma clínica-escola, quanto a experiência com uma clínica diferenciada, aquela que necessariamente precisa repensar-se à luz de certa realidade, e que acontece no encontro com pessoas marcadas pela exclusão: a clínica da saúde mental. Mais precisamente, dentro de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no Distrito Federal. Darei ênfase a essa segunda experiência, pois para a reflexão sobre os limites da clínica que proponho neste trabalho, penso ser a clínica da saúde mental, um espaço de mais nítido contato com as realidades que desafiam o projeto normativo e individualista da psicoterapia/análise de consultório. Tanto maior é o contraste por se tratar de um serviço aberto, substitutivo ao hospital psiquiátrico, que é parte do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo, portanto, pessoas que não têm acesso à rede particular de serviços de saúde. Pessoas que, em muitos casos, não são sequer clientela habitual das clínicas-escola.

Num esforço duplo de trazer a minha experiência para a reflexão sobre a clínica psicológica, e de integrar a essa reflexão as considerações já levantadas nos capítulos anteriores, retomarei o encontro da clínica com o estranho, mas fazendo-o agora diante de um contexto específico, pois encontram-se agregadas à figura do louco praticamente

todas as imagens que ameaçam a ordem e o ideal do homem moderno. São aqueles que perderam a razão que relaciono com os estranhos à modernidade, que:

*exalam incerteza onde a clareza e a certeza devia ter imperado. Na ordem harmoniosa e racional prestes a ser constituída não havia nenhum espaço – não podia haver nenhum espaço – para os “nem uma coisa nem outra”, para os que se sentam escarranchados, para os cognitivamente ambivalentes (BAUMAN 1998, p.28).*

De maneira que é possível reconhecer na saúde mental, ligada por sua vez a essa histórica figura do louco, um espaço marcado por esta estranheza, para a qual o Estado moderno foi agente maior de ordem (FOUCAULT, 1961/2004).

Com o sentido de revelar melhor alguns dos contrastes com que esta clínica diferenciada tem de se haver, farei um percurso pelo campo da saúde mental, que visa não a pretensão hercúlea de refazer a história da loucura, do manicômio e da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil, mas antes, conectar pontos de cada uma dessas esferas, utilizando as contribuições de autores como Foucault (1961/ 2004), Basaglia (1985), Rotelli (2004), Tenório (2001), Lobosque (1997; 2000; 2003), entre outros, para compreender melhor alguns dos aspectos que considero importantes nas relações entre: eu como psicólogo em formação, a equipe e os usuários do CAPS.

Proponho, portanto, tomar como ponto de partida as pessoas que se encontram (ou deveriam se encontrar) no centro dessa clínica-desafio: o humano em sofrimento, cuja subjetividade somente encontra inscrição no espaço *fora* da razão, da linguagem, do que corriqueiramente identificamos como nossos pares, das referências caras à vida na cidade; modo radicalmente diferente de ser no mundo, que carrega as imagens da loucura. E estar no CAPS é conviver com pessoas marcadas por esse fora, é fazer cotidianamente o esforço de ver, para além do estranho, o que, para cada pessoa, é possível juntos tecer como possibilidade de existência: num sentido de permanente construção de si, e como projetos de vida (LOBOSQUE, 2003).

Encontrei nesse estágio aventuras junto a realidades em que as antenas de TV, não somente como metáforas à doutrinação dos *reality shows*, mas concretamente, para algumas pessoas, são capazes de controlar pensamentos, vigiar os mínimos gestos e contar histórias íntimas. Em que os mortos aparecem para compartilhar as suas dores, acusar culpas e, às vezes, prover soluções de vida. Momentos em que os entes mais amados e colegas de trabalho tornam-se perseguidores cruéis que envenenam a comida, causam prejuízos imensos e intensas dores – ainda que estejam longe. O CAPS é lugar



de convivência com o sofrimento intenso de pessoas que, por vezes, se deparam com angústia de viver de modo tão bruto, indizível e solitário, que nada mais resta a fazer senão, junto ao sujeito, suportar.

Portanto, do ponto de vista clínico, as chamadas experiências da loucura já constituem imenso desafio à mente tão habituada à ordem vulgar de um cotidiano marcado pelos espectros de uma individualidade moderna – calcada na ditadura da razão reificada; e num mundo contemporâneo líquido, referenciado pelo consumo e pelo mal-estar de um vazio premente (BAUMAN 1998, 2004, 2005; NEUBERN, 2004, 2009). E para além de um desafio, o sujeito do *fora* é impossibilidade à clínica do individualismo, por estarem aí conjugadas experiências cuja presença é sofrida não somente para aquele que o sistema de saúde identificaria como *usuário*, mas também para o círculo social desse que sofre. Esfera de relações íntimas que comumente responde à experiência do sofrimento com grande incompreensão, agregando ao isolamento existencial – da experiência de ouvir o próprio nome sendo dito em todos os cantos, por exemplo – um isolamento também das pessoas e de outras partes da vida cotidiana; que, também comumente, tem como efeito, após realizado o diagnóstico psiquiátrico, a perda dos direitos e voz na cidade. Birman (1992), nesse sentido, aponta como diversas tentativas de restituição da cidadania do louco deram-se como esforço – inútil e violento – de “tratar” o paciente para que ele pudesse tornar-se sujeito da razão e da vontade. O que Birman denuncia é que socialmente a loucura carrega um caráter de “erro moral”, ou falsidade, e não poderá libertar-se disso a menos que esta razão universalizada deixe de ser condição *sine qua non* para o exercício da cidadania.

Ao pensar nas contribuições da clínica para essa dupla experiência subjetiva (a do sujeito e sua convivência com o coletivo), derivam-se, frente às pessoas em sofrimento mental grave, as duas clínicas introduzidas no capítulo um – a da norma e essa outra que desloca-se de seu centro. Tensão agora concretizada no embate entre instituição e lógica do manicômio e, no outro pólo, a clínica que se almeja em um CAPS.

No estágio de saúde mental tive a oportunidade de coordenar algumas oficinas, e isso implicou, primeiramente, um esforço para que elas não se resumissem no “passar atividades” às pessoas; e se configurassem num fazer coletivo. Foi, portanto, junto à equipe e, principalmente, junto a cada grupo, pensado o que teceríamos como trabalho. O que pude perceber é que mesmo a proposta sendo de uma construção coletiva

(tornando todos em alguma medida responsáveis pela condução dos trabalhos), várias pessoas não tomaram esse responsabilizar-se como tarefa. E identifico nisso um aspecto importante e ainda presente, não somente no CAPS, mas de modo mais geral na rede pública de saúde<sup>13</sup>, que é uma relação institucional “desempoderada” de muitos dos usuários com as equipes de saúde. Experiência que relaciono com uma situação complexa: que vai da precariedade geral da saúde pública no DF, à “cronificação” da imensa diferença de poder entre técnico e usuário – tanto por parte das pessoas que usam o sistema de saúde, quanto de muitos dos profissionais nessa rede.

Acho importante marcar que relaciono essa percepção que tive à situação mais ampla da rede de saúde, bem como à medicalização das práticas sociais da sociedade disciplinar, discutidas por Foucault (1979/2009, 1999, 2006) e também apontadas por Basaglia (1985). Nelas, o poder sobre si é delegado ao detentor de um saber acriticamente, sem que o sujeito queira, possa ou precise se implicar no que é feito consigo. Ou seja, essa percepção não diz de uma característica da equipe com quem trabalhei, pois foi para mim, cotidianamente, clara a abertura de uma parte importante da equipe para um trabalho conjunto de construção coletiva das atividades.

Pensar uma clínica sempre em movimento como possibilidade implica em considerar, a todo momento, o que sustenta as ações tomadas junto àqueles que recebem o cuidado. Isso quer dizer que, na sutil combinação de elementos envolvidos no desenvolvimento da sensibilidade do clínico, urge que se considerem as consequências do olhar que se impõe sobre o outro. Olhar que é vertido em ação “terapêutica” e que tem repercussões concretas na vida das pessoas, pois, seja no consultório particular, seja num serviço que trata coletivamente da saúde, trata-se da injunção ideologia/instituição que opera nas relações humanas, e que foi marcada pelo mito da doença mental (SZASZ, 1977; FOUCAULT, 1965 /2006).

---

<sup>13</sup> No CAPS tive a oportunidade de trabalhar no acolhimento: a porta de entrada do serviço, onde chegam pessoas encaminhadas de diversos lugares (por juízes, dos postos de saúde, pessoas que ouviram falar do CAPS, consultórios particulares, etc.) e foi possível, no contato com inúmeras pessoas que circulam pelos serviços de saúde, apreender certa expectativa por parte das pessoas, que os profissionais ou instituições fossem resolver seus problemas, sem que nada em suas vidas precisasse mudar.

Tenório (2001), ao pensar o lugar da clínica na reforma psiquiátrica levanta o ponto fundamental do reclame da cidadania do louco como marco de radical oposição ao modelo manicomial, e que fica claro no seguinte trecho:

*A assunção da cidadania como valor central se materializou no campo da reforma em duas posições a princípio incompatíveis: uma, a de que se trata de formular uma clínica que organiza seus procedimentos segundo o objetivo de promover a cidadania do louco; outra a de que no seio do paradigma clínico não há possibilidade de cidadania para ele, de modo que não se trata de reorganizar a clínica, mas de superá-la em prol da dimensão cultural e política da relação da sociedade com a loucura. (p. 21)*

De maneira que, enquanto estratégia de lidar com a loucura, a “humanização” no trato com os loucos realizada por Pinel, por meio do manicômio, e o aperfeiçoamento de suas tecnologias, provaram-se reiteradamente – desde sua fundação no século XVIII (FOUCAULT, 1961/2004) – um imenso fracasso. Exigindo que se pense agora o estranho do sofrimento mental grave como possibilidade existencial que escapa à apreensão privilegiada do campo “psi”, e se configura no campo múltiplo da vida na cidade. Tal fracasso implica formular uma concepção no trato com esse sujeito que englobe, como afirma Basaglia (1985, p.131), “uma discussão de conjunto que não poderia satisfazer-se com soluções parciais, mistificadoras” de um único saber.

Tenório (2001) aponta que na base da lógica institucional está certa concepção sobre o sujeito, sobre o que vem a ser sua saúde e o seu sofrimento. Sair da perspectiva que concebe a pessoa em sofrimento mental unicamente como doente mental, e pensar essa condição como fenômeno processual, produzido no percurso de tornar-se humano, tem como consequência lógica a superação do manicômio, bem como a criação de novas formas de cuidado que ofereçam caminhos possíveis de negociação da pessoa em sofrimento com o corpo social. Tomando o pensamento de Szasz (1977), se uma doença somente pode ser concebida como desvio de determinada norma, e a própria suposta objetividade dos critérios utilizados pelo profissional é atravessada por conceitos psicossociais, éticos e legais, uma situação que privilegia soluções médicas/morais no encontro com o *estranho* da loucura, tem o trágico efeito de objetificar o “paciente” em sua suposta doença. Doença-mito “cuja função é disfarçar, e assim tornar mais aceitável, a amarga pílula dos conflitos morais nas relações humanas” (SZASZ, 1977, p. 30).

Articular a minha experiência no CAPS com os pontos levantados no capítulo 2 tem grande relevância para pensar os limites e possibilidades da clínica. Pois, frente ao estranho da loucura, a tarefa ética frente a um outro que, de imediato, não compreendo, apresenta-se com grande intensidade. Falar do CAPS enquanto proposta e estratégia ganha, frente ao contexto da saúde mental no DF, e frente à minha experiência pessoal, um lugar diferente daquele que a afirmação simples e já em larga medida aceita, de que a clínica que se orienta pelo “melhor viver” do trabalho psicossocial de resgate da cidadania dos usuários, é mais adequada para lidar com os quadros graves de sofrimento psíquico (PORTUGAL, 2008; BRASIL, 2001; 2002; 2004; FOUCAULT, 1961/ 2004; BASAGLIA, 1985; ROTELLI, 2004; TENÓRIO, 2001; LOBOSQUE, 1997; 2000; 2003).

Na prática de um serviço como o CAPS, é necessário que entrem em jogo as mais diversas formas de produção de projetos de vida. E ao pensar em cada pessoa como instância em que se agenciam multiplicidades – como discutido no capítulo 2 – é marcante que nunca se pode dizer ao certo quais serão as estratégias eficazes para esta produção de vida. Incerteza cuja solução não está exclusivamente nas mãos dos saberes nem do usuário, nem da equipe, dos familiares ou do território, mas nas relações/negociações possíveis entre esses atores (ROTELLI, 2004).

Eis que anuncio duas discussões fundamentais convocadas pela clínica do estranho: o reconhecimento de que o espaço íntimo dos consultórios não atinge dimensões fundamentais do bem-viver, somente possíveis de serem alcançadas, em saúde mental, por meio da articulação psicossocial; e o grande não-saber frente às radicais experiências de sofrimento, e sobre o que pode vir a ser um modo possível de caber no mundo. Rotelli (2004) propõe nesse sentido que o trabalho em saúde mental deve não mais individualizar os problemas, mas reconectá-los nas relações:

*entre norma e a diversidade, a relação entre quem pode e quem não pode, a relação entre quem produz e quem não produz; essa relação é a grande riqueza. Sobre essa relação nós pensamos que a multiplicidade de trocas entre as pessoas deve ser favorecida pelos serviços, e o encontro entre as diferentes subjetividades é a centelha que faz sair do buraco da loucura. (p. 155)*

A Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2004) prevê que o CAPS é a porta de entrada na rede de serviços na comunidade, bem como é o articulador na rede que acompanha o trânsito das pessoas pelas mais diversas instituições e programas. Sendo essa a maneira de agregar aos recursos do CAPS as mais diversas possibilidades

de circulação para o usuário, sem que fique restrito ao espaço da instituição, e sem que as pessoas fiquem fora do cuidado do CAPS quando saírem de seu espaço físico.

Para serem efetivas, portanto, as estratégias, devem ser diferentes para cada pessoa. Para cada um cotidianamente, as possibilidades de melhor viver têm de ser revistas, renegociadas, retomadas. O CAPS é lugar de cuidado para o sofrimento psíquico grave, de maneira que, na própria construção do sofrimento se encontra a história íntima de quem sofre num determinado contexto social e num momento único de vida. Exigindo da equipe que se ocupe de um projeto terapêutico/ de vida que sirva para cada pessoa. Pode-se pensar que cada CAPS, diante de diferentes comunidades, deveria encontrar diferentes caminhos no esforço de construção dessa *terapêutica-cidadania*.

Sendo esses alguns dos princípios fundamentais do CAPS “ideal”, como realizar um cuidado efetivo frente ao contexto concreto do Distrito Federal? Até o ano de 2009, o Distrito Federal, no ranking disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) da cobertura de CAPS<sup>14</sup> em ordem decrescente, por UF, figura em penúltimo lugar, dando a dimensão que, para a demanda de saúde mental do estado, a rede de serviços mínima necessária para atender à população tem cobertura baixa, havendo como serviços do tipo CAPS, atualmente em funcionamento: os CAPS II do Paranoá, Taguatinga e CAPS I do Riacho Fundo; os CAPS álcool e outras drogas do Guará e de Sobradinho<sup>15</sup>, e um CAPS infância e adolescência em funcionamento no COMPP, no setor médico e hospitalar norte.

Considero importante demarcar que, diante da inexistência dos CAPS III no DF, toda a demanda de internações do Distrito Federal, sem comorbidade orgânica, é acolhida pelo Hospital São Vicente de Paula. Demanda que inclui abuso de substâncias

---

<sup>14</sup> O Ministério da Saúde prevê seis tipos diferentes de CAPS: CAPS ad, que atende aos usuários de álcool e outras drogas; CAPS i, que atende as demandas de saúde mental de crianças e adolescentes; CAPS i-ad, recém aprovado pelo presidente da república, no dia 20/05/2010 (portanto, ainda não criado no país), que atenderá a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas; e os CAPS tipo I, II e III para transtornos mentais, cuja diferença principal é o horário de funcionamento. O CAPS I funciona de segunda a sexta-feira, meio período (6h por dia); o CAPS II, também de segunda a sexta-feira, mas em horário comercial, das 8h, às 18h; e o CAPS III que funciona 24h, e também aos finais de semana, que possui, além da equipe de plantão, leitos para acolher às demandas de internação (BRASIL, 2004).

<sup>15</sup> Recentemente há um CAPS álcool e drogas, com equipe nomeada, em funcionamento em uma pequena sala na Ceilândia. Entretanto, este CAPS ainda não foi reconhecido pelo Ministério da Saúde.

e todos os casos de sofrimento psíquico em situação de crise. Somente os casos que envolvem outras questões clínicas (orgânicas) associadas, são encaminhados para leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Ou seja, a garantia do direito de asilo nos casos de urgência psiquiátrica, em que as pessoas necessitam de cuidado integral (24h), e que, por qualquer razão, não é possível de ser acolhida no espaço de vida da pessoa (por exemplo, porque ficar em casa junto à família é insuportável ou oferece riscos), é centralizada em um único serviço, cuja lógica de funcionamento contraria os princípios da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária.

A proposta dessas reformas supracitadas é que os serviços sejam regionalizados, tendo como fundamento a noção de território (BRASIL, 2004; CARVALHO, 2009). Sendo assim, que serviço a população pode ter como referência – que não o hospital psiquiátrico? O princípio da responsabilidade deixa claro que cabe ao CAPS (e a nenhum outro serviço, caso o CAPS esteja presente), dar conta de toda a demanda de saúde mental de um território. É o serviço que funciona como porta de entrada do usuário na rede de saúde mental, bem como tem a função de acompanhar o percurso das pessoas nessa rede. Em resumo, ser referência à comunidade.

Como efeito desta forma de organização, no cotidiano dos serviços, os CAPS idealmente devem ter sempre as portas abertas para acolher quem quer que chegue, e serem capazes de pensar – junto à pessoa que se chega ao serviço – a melhor alternativa de cuidado. Isso pode significar o tratamento no CAPS, ou qualquer outro encaminhamento para a rede, a depender da intensidade da urgência subjetiva<sup>16</sup> em causa (LOBOSQUE, 2001). Estes encaminhamentos podem incluir acompanhamento ambulatorial, direcionamento para os hospitais gerais, postos de saúde, terapia comunitária, centros de convivência, ou outro dispositivo próprio da comunidade que componha o leque de alternativas para “melhor viver”.

E se a porta de entrada está em uma ponta, há também como efeito dessa demanda nunca-negada, a saída do CAPS, ou seja, a necessidade de constante avaliação

---

<sup>16</sup> Ao falar em urgência subjetiva como critério para a admissão em um serviço substitutivo, Lobosque (2001), ao falar do diagnóstico diferencial que, junto ao comprometimento psicossocial, é critério de admissão dos serviços, anuncia que não é somente esse diagnóstico (seja psiquiátrico – pelo uso da CID ou do DSM-IV – ou psicodinâmico – diferencial entre neuroses e psicoses) que, por si, pauta a acolhida das pessoas que chegam aos serviços. De maneira que o acolhimento tem sempre de ser pessoal, e não se acolha “à psicose”, ou “ao CID”, mas àquele sujeito (único) em necessidade.

de cada pessoa em tratamento, para que o CAPS, sendo sempre referência, somente seja espaço de vida das pessoas em caso de necessidade. De modo que, na medida em que seja possível a cada um ocupar novos lugares na cidade, o usuário possa prescindir do CAPS como espaço privilegiado de circulação (LOBOSQUE, 2003).

Retornando ao caso do Distrito Federal, sendo a cobertura de CAPS baixa, não é possível atingir a necessária regionalização. Então o CAPS II do Paranoá atende atualmente às RAs: Paranoá, Varjão, Sobradinho, Asa Norte, Lago Sul, Lago Norte, Planaltina e regiões rurais adjacentes; o CAPS II Taguatinga atende a: Taguatinga, Ceilândia, Guará, Brazlândia, Águas Claras, Colônia Agrícola Samambaia, Colônia Agrícola Vicente Pires e Samambaia; o CAPS I do Riacho Fundo responsável por: Riacho Fundo I e II, Recanto das Emas, Núcleo Bandeirante e Candangolândia; o CAPS ad do Guará, por toda a parte sul do DF; e o CAPS ad de Sobradinho pela parte norte; finalmente, o CAPS i/ COMPP, atendendo a todo o território do DF.

Não é possível neste trabalho esgotar as consequências da não regionalização sequer nos CAPS que cuidam do sofrimento psíquico grave, o que se dirá nos CAPS do tipo álcool e outras drogas e CAPS infância/adolescência. Mas qualquer leitor pode inferir com bastante facilidade que é cotidiana a angústia por parte dos profissionais e usuários dos mais diversos serviços, ao lidar com a superlotação e a desarticulação/inexistência da rede de serviços extra-CAPS no Distrito Federal.

Essa foi uma das faces da minha experiência no CAPS: lidar com um serviço de saúde cuja clínica, necessariamente, cede seu lugar privilegiado às estratégias psicossociais (TENÓRIO, 2001), num contexto de grande movimento que está sujeito às condições da (falta de) rede de saúde mental local. Esta carência tem como efeito ser o CAPS o local privilegiado de circulação de muitas das pessoas vinculadas ao tratamento e de, para a equipe do CAPS, ser dificultado o acompanhamento no território, como as visitas domiciliares e as aproximações com equipes e programas dos postos de saúde, por exemplo.

Outra dimensão da minha experiência relaciona a clínica do estranho com a postura ética sugerida no capítulo 2 – agora atualizada para pensar a saúde mental. Refiro-me a uma articulação, especial na saúde mental, entre clínica e convivência. Ela acontece no esforço por encontrar: por um lado, a justa medida entre a escuta que privilegia os conteúdos da pessoa em sofrimento; e, por outro, as trocas cotidianas que demandam uma relação de maior simetria – e, sem dúvida, certa dose de

espontaneidade. Essa interface clínica e psicossocial do trabalho com o sofrimento grave, encontra na diversidade de experiências que a convivência propicia um imenso potencial para que, no cotidiano, a alienação tão comum aos quadros graves de sofrimento torne-se – sempre como desafio – interlocução. Conviver como instrumento de interlocução no trabalho com a saúde mental consiste, a meu ver, num grande investimento em deixar de ser a *voz da norma*.

Experimentar esta justa medida entre convivência e clínica, demanda do profissional, e certamente demandou de mim, o convite para certa *desordem*. Desordem que não se confunde com desleixo ou com a inércia de um tempo preenchido sem produção subjetiva, pelo que Lobosque (2003) chamou de atividades *molemente* propostas. É antes a disposição por coordenar um grupo que não se reduza a um fazer silencioso ou, se composto por falas e música, que não seja eu o único detentor do controle de quem fala e quando fala. Que seja um coordenar encorajador das diversas contribuições, trocas e movimento, se esforçando por dar conseqüências às falas de todos – mesmo as mais desorganizadas. E é também preparar-se para um trabalho sempre diferente a cada encontro, a depender do fluxo de pessoas no serviço e, principalmente, do momento de cada um.

É marcante para mim essa experiência de abrir-me para as radicais diferenças entre as pessoas, apostando nas possibilidades de interlocução, ainda que a resposta venha como recusa à minha aproximação. Uma experiência, para mim intensa, e por vezes doída, mas que contou com muitos momentos de encontro, diversão, surpresa, alegria. Após estar no CAPS, não me sobram dúvidas sobre o potencial que a convivência tem de desmistificar a estranheza associada à loucura. Ter de me haver com essa *terapêutica do estar junto*: que não é psicoterapia, mas que, não obstante, mantém vivos uma escuta e um espaço claramente clínicos; tem sido, para mim, sempre um desafio. Isto implica o cuidado para que, como afirma Lobosque (2003), estabeleça-se uma relação na qual

*a leveza não se confunde com a superficialidade, nem a brincadeira com a zombaria. O respeito à dor não se revela na formalidade da postura, mas no seu acolhimento; não se revela nas cerimônias ocas da polidez, mas na cordialidade do interesse verdadeiro. (LOBOSQUE, 2003, p.28)*



É uma postura de reiteradamente fazer o convite à participação das pessoas, mas que se proponha a ouvir a eventual recusa à participação sem tomá-la inicialmente por negativismo<sup>17</sup>, por exemplo. Quando a recusa pela participação é imediatamente compreendida como sinal de uma psicopatologia, sem que o sujeito seja interpelado, ao mesmo tempo eu como profissional estaria me eximindo do possível fracasso da minha proposta (encobrendo uma falha minha), e à pessoa estaria sendo negada uma oportunidade importante de subjetivação – ao fazer-se dono de sua voz e dizer “eu não quero”. A troca vale, portanto, não somente pela sua função terapêutica fundamental, mas também para que o profissional possa, a cada vez, ajustar as estratégias que emprega junto aos grupos.

Tem sido minha constante inquietação, fazer a avaliação do trabalho que ofereço junto a cada pessoa. Em primeiro lugar porque não se trata de uma avaliação simples, objetiva ou solitária, pois o trabalho de construção de si é tarefa cujos efeitos se fazem perceber a longo prazo, e por meio de trocas entre todos os que convivem com o sujeito (técnicos, outros usuário, familiares, etc.). Portanto, sob a escuta de diversos saberes. No cotidiano de um serviço tão movimentado, ficou marcado para mim esse esforço por “fazer o que é possível”, juntamente com uma angústia de achar que não foi possível para mim construir esse acesso com algumas pessoas. Penso em especial naqueles que não usam a fala como modo privilegiado de comunicação, e muito facilmente passam silenciosos e despercebidos num ambiente de tanto movimento (que por vezes é barulho mesmo). Entretanto, fui surpreendido algumas vezes quando, depois de meses de silencioso conviver, algumas dessas pessoas tão quietas se aproximaram e compartilharam seus conteúdos, sem que houvesse uma estratégia pensada de aproximação.

Esse sentimento de surpresa, ou a abertura por surpreender-se, anuncia, a meu ver, uma outra face da inquietação sobre a clínica psicológica, que me motivou a escrever este trabalho. Pois é uma surpresa que clama por “nunca tomar o outro como algo certo”. Em saúde mental, tanto do ponto de vista clínico como psicossocial, essa

---

<sup>17</sup> Sintoma mais comumente associado à esquizofrenia do tipo catatônico, definido pela recusa do indivíduo em fazer o que lhe foi pedido (negativismo passivo), ou pela realização do oposto do que foi requisitado (negativismo ativo) (PERALES, 1998).

abertura para novas possibilidades, tem o efeito de libertar um olhar atrelado aos supostos limites e *não-poderes* do usuário, oriundos de uma psicopatologia. É esse surpreender-se, junto à artesanal construção de vida por meio da convivência, que permite, a meu ver, a constituição de um ato terapêutico oposto à lógica do manicômio. Segundo Basaglia (2005, p.119), este ato tem a ver, justamente com “viver dialeticamente as contradições do real”, pois:

*Se o doente não tem alternativas, se sua vida lhe aparece como preestabelecida, organizada, e sua participação pessoal consiste na adesão à ordem, sem outra saída possível, ver-se-á prisioneiro do território psiquiátrico da mesma maneira como estava aprisionado no mundo externo cujas contradições não conseguia enfrentar dialeticamente. Tal como a realidade que não conseguia contestar, a instituição à qual não se pode opor deixa-lhe uma única saída: a fuga através da produção psicótica, o refúgio no delírio, onde não existem nem contradições nem dialética...(Idem).*

Na minha formação como psicólogo, a experiência com a clínica da saúde mental constituiu um diferencial. Foi possível para mim, tanto pensar a psicologia no contexto da saúde pública, como sentir-me provocado por muitas das questões que tentei expor ao longo deste trabalho. Considero tais questões atuais para pensar a clínica psicológica no que ela carrega, tanto como potencial de um cuidado não opressivo, quanto como prática que não se exima da responsabilidade pelos modos de subjetivação que agencia.

Nesse ponto, reconheço que encontra-se potencialmente, nas novas formas de atenção à saúde mental, os meios para que, no espaço de vida das pessoas, o estranho encontre (ou crie) novas formas de pertencimento. Ressalto que, mesmo no solo árido da saúde mental pública do DF, pude ver brotar experiências tocantes de *reconstruções de si*. Marcadas pela combinação de variadas estratégias clínicas e psicossociais, tais experiências tem em comum uma postura de negociar possibilidades e reconhecer valor na palavra de todas as pessoas envolvidas: usuários, familiares, técnicos e comunidade.

Permanece, no entanto, o desejo pela pluralização dessas estratégias, numa saúde mental cada vez menos institucional e mais *humana*. Uma esperança de que o Distrito Federal consiga, à maneira italiana<sup>18</sup>, fazer trabalho fecundo de seu imenso atraso e

---

<sup>18</sup> Basaglia (1985), ao falar das experiências da antipsiquiatria italiana, comenta que atribui o desenvolvimento dos serviços abertos, em parte, ao atraso da Itália em relação aos outros países europeus em relação a mudanças no manicômio. Foi possível, em função deste atraso, reconhecer o fracasso das

atual desatenção àqueles que precisam de um serviço de saúde mental. Numa mistura de má vontade política, incompetência administrativa e desarticulação da rede de saúde, a descrição que Lobosque (1997) faz da situação mineira na década de 80 faz-se atual para o DF, em que se via uma “ênfase do administrativo em detrimento do clínico, uma burocratização do trabalho, um crescente isolamento institucional” (p.49).

O alerta de Basaglia (1985) sobre a constante necessidade de identificar o processo de institucionalização para, em seguida, negar a instituição e refazer o serviço sempre que necessário, permanece a meu ver na ordem do dia. Em especial porque nenhum dos CAPS no DF tem acesso às supervisões institucionais (fundamentais para que a equipe e sua relação com os usuários não se torne adoecida e naturalizada). Não havendo espaço para repensar-se, penso ser um risco que os CAPS, aos poucos tomem cada vez mais uma forma parecida com outras instituições conhecidas (uma escola, por exemplo, com suas diferenças de poder entre professores e alunos, restrições sobre alguns espaços de circulação, e obrigatoriedade da presença e participação nas atividades). A institucionalização, conforme apontam Foucault (1965/2006, 1976/2006), Basaglia (1985) e Rotelli (2004), não se restringe a um espaço físico. É antes um modo de se relacionar que, para a saúde mental, diz respeito a um convite permanente à reavaliação, para que os CAPS não venham a ser espaços que ecoam o velho ambiente hospitalar e seus poderes, com sua dimensão de pedagogia moral. Sobre isso, Lobosque (2003) mantém com grande lucidez a lembrança de que os saberes psi, quando assumem esse caráter de submeter os homens às normas,

*acabam por trair, sob a face bondosa, compreensiva, humana, os cacoetes da arrogância, as caretas do poder: agora, para além mesmo das instituições onde nasceram, estes saberes se disseminam insidiosamente em nossa sociedade, a serviço do controle, do conformismo e da normalização. (p.196).*

---

comunidades terapêuticas e outras estratégias que não consistiram no radical rompimento com o modelo hospitalocêntrico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar do cuidado a partir de uma clínica que não se emudece e nem violenta aqueles que a ela são estranhos, é trazer uma dimensão política e de cidadania para os profissionais que se engajam no cuidado. Diante do mosaico multicultural brasileiro (BIZERRIL, 2007), marcado por imensas desigualdades sociais e inumeráveis possibilidades de produção de sujeitos, os clínicos que não são interpelados a repensar a sua prática diante de cada face deste mosaico arriscam-se a tornarem-se meros reprodutores de técnicas. Cabendo, portanto, a cada um, perguntar-se se é somente isso que tem a oferecer.

Sobre o que fundamentaria este cuidado que não oprime, encontrei como possibilidade a fluidez da *ética da alteridade* (LÉVINAS conforme interpretação de HADDOCK-LOBO, 2006). Essa ética pensada aqui como referência para a relação clínica constitui-se em permanente desafio quando repensados os saberes que sustentam certas decisões dos profissionais que se propõem a cuidar. Desafio que se constitui em olhar a base das relações de poder de que os técnicos são herdeiros e instrumentos (BASAGLIA, 1985). E, a partir do choque à boa consciência profissional, o desafio torna-se permanente convite a se posicionar. Se a clínica psicológica recebeu como mandato dar resposta às contradições das práticas humanas – das quais o estranho é fruto –, considero que caberá a cada clínico dizer, à sua maneira, que tais práticas precisam ser urgentemente repensadas.

A saúde mental, nesse sentido, foi para mim contato com um campo que denuncia a falência “do indivíduo” (uno e perdido na mesmidade) como fundamento das práticas de cuidado. Essa clínica diferenciada é também um campo que aponta que fazer caber o estranho é possível, desde que, aos poucos e de modo artesanal, se crie espaços de negociação nas mais diversas dimensões da vida das pessoas E que isso é possível por meio da constante pluralização dos saberes e estratégias de inclusão. Trazer a saúde mental como exemplo de encontro da clínica com o estranho, e como arena em que a ética se põe sempre em questão (entre tutelar e cuidar), foi o modo que encontrei de ilustrar como, na minha experiência, uma clínica mais política e um cuidar sem oprimir são exigências de uma psicologia não violenta.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BAUMAN, Zygmunt. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BAUMAN, Zygmunt. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.
- BAUMAN, Zygmunt. *Vidas Desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- BIRMAN, Joel. “A Cidadania Treloucada”. In: AMARANTE, Paulo & BEZERRA JR., B. (orgs.). *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1992, p. 71-90.
- BIZERRIL, José. “Dilemas Classificatórios: Fronteiras entre a Experiência Religiosa e a Psicopatologia”. In: FREITAS, Marta Helena de & PEREIRA, Ondina Pena (orgs.). *Vozes do Silenciado: Estudos nas Fronteiras da Filosofia, Antropologia e Psicologia*. Brasília: Universa, 2007, p. 129-152.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental em dados junho de 2009*. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/smDados/2008\\_SMD\\_06.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf) Acesso em 13 mai. 2010.
- BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2002). **Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf> Acesso em 03 abr. 2010.
- CARVALHO, Sérgio Resende. “Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS”. In: CARVALHO, Sérgio Resende; FERIGATO, Sabrina; BARROS, Maria Elizabeth. *Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: HUCITEC, 2009. P. 23-41.
- BRANCO FILHO, José Carlos Castelo; RESENDE, Tania Inessa Martins de. *A patologia como possibilidade estruturante do sujeito: uma releitura da questão phática*. Universitas: Ciências da Saúde (UNICEUB), v. 2, p. 91-99, 2004. Disponível em: <http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/viewFile/525/346> acesso em 13 mai. 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: CFP, 2005. Disponível em:

[http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/codigo\\_etica.pdf](http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/codigo_etica.pdf) acesso em 06 mai. 2010.

DELEUZE, Gilles. & GUATTARI, Felix (1980). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 1-5. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000.

Dumont, Louis. (1983). *O individualismo: uma perspectiva antropológica da sociedade moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

FOUCAULT, Michel. *A Verdade e as Formas Jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

\_\_\_\_\_. (1961). *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2004.

\_\_\_\_\_. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

\_\_\_\_\_. (1957). “A Psicologia de 1850 a 1950”. In: MOTTA, Manoel Barros de. (Org.). *Ditos & escritos I. Foucault problematização do sujeito: psicologia psiquiatria e psicanálise*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2006. P. 221-231.

\_\_\_\_\_. (1961). “A Loucura Só Existe em uma Sociedade”. In: MOTTA, Manoel Barros de. (Org.). *Ditos & escritos I. Foucault problematização do sujeito: psicologia psiquiatria e psicanálise*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2006. P. 162-164.

\_\_\_\_\_. (1965). “Filosofia e Psicologia”. In: MOTTA, Manoel Barros de. (Org.). *Ditos & escritos I. Foucault problematização do sujeito: psicologia psiquiatria e psicanálise*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2006. P. 221-231.

\_\_\_\_\_. (1976). “Bruxaria e Loucura”. In: MOTTA, Manoel Barros de. (Org.). *Ditos & escritos I. Foucault problematização do sujeito: psicologia psiquiatria e psicanálise*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2006. P. 320-323.

GOETHE, Johann Wolfgang von (1774). *Os Sofrimentos do Jovem Werther*. Porto Alegre: L&PM, 2009.

GONZÁLEZ REY, Fernando. *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

GONZÁLEZ REY, Fernando. *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

GONZÁLEZ REY, Fernando. *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade. Uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2007.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Experiências da Loucura*. São Paulo: Hucitec, 2001.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em Movimento*. São Paulo: Hucitec, 2003

NEUBERN, Maurício. *Complexidade e Psicologia Clínica: Desafios Epistemológicos*. Brasília: Plano, 2004.

NEUBERN, Maurício. Sobre a condenação do magnetismo animal: revisitando a história da psicologia. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 23, n. 3, set. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722007000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000300015&lng=en&nrm=iso). acesso em 26 mai. 2010.

NEUBERN, Maurício. 2009. Hipnose e Subjetividade: Reflexões Sobre a Ciência Moderna e a psicologia. *Revista Diversitas - Perspectivas En Psicología* - Vol. 5, No 2, 2009ISSN: 1794-9998 / Vol. 5 / No 2 / 2009 / pp. 307-319. Disponível em: [http://www.usta.edu.co/otras\\_pag/revistas/diversitas/doc\\_pdf/diversitas\\_9/vol.5no.2/articulo\\_7.pdf](http://www.usta.edu.co/otras_pag/revistas/diversitas/doc_pdf/diversitas_9/vol.5no.2/articulo_7.pdf) Acesso: 26/05/2010

PERALES, Alberto; MENDOZA, Alfonso; VÁSQUEZ-CAICEDO Gustavo; ZAMBRANO, Manuel. *Manual de Psiquiatria Humberto Rotondo*. Lima: UNMSM, 1998.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. *Relatório Mundial da Saúde Cuidados de Saúde Primários: Agora mais do que nunca*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2008. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf) acesso em 13 mai. 2010.

ROTELLI, Franco. “Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste”. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 149-169.

SZASZ, Thomas. *Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1977.

TENÓRIO, Fernando. *A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *O Poder que Brota da Dor e da Opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.